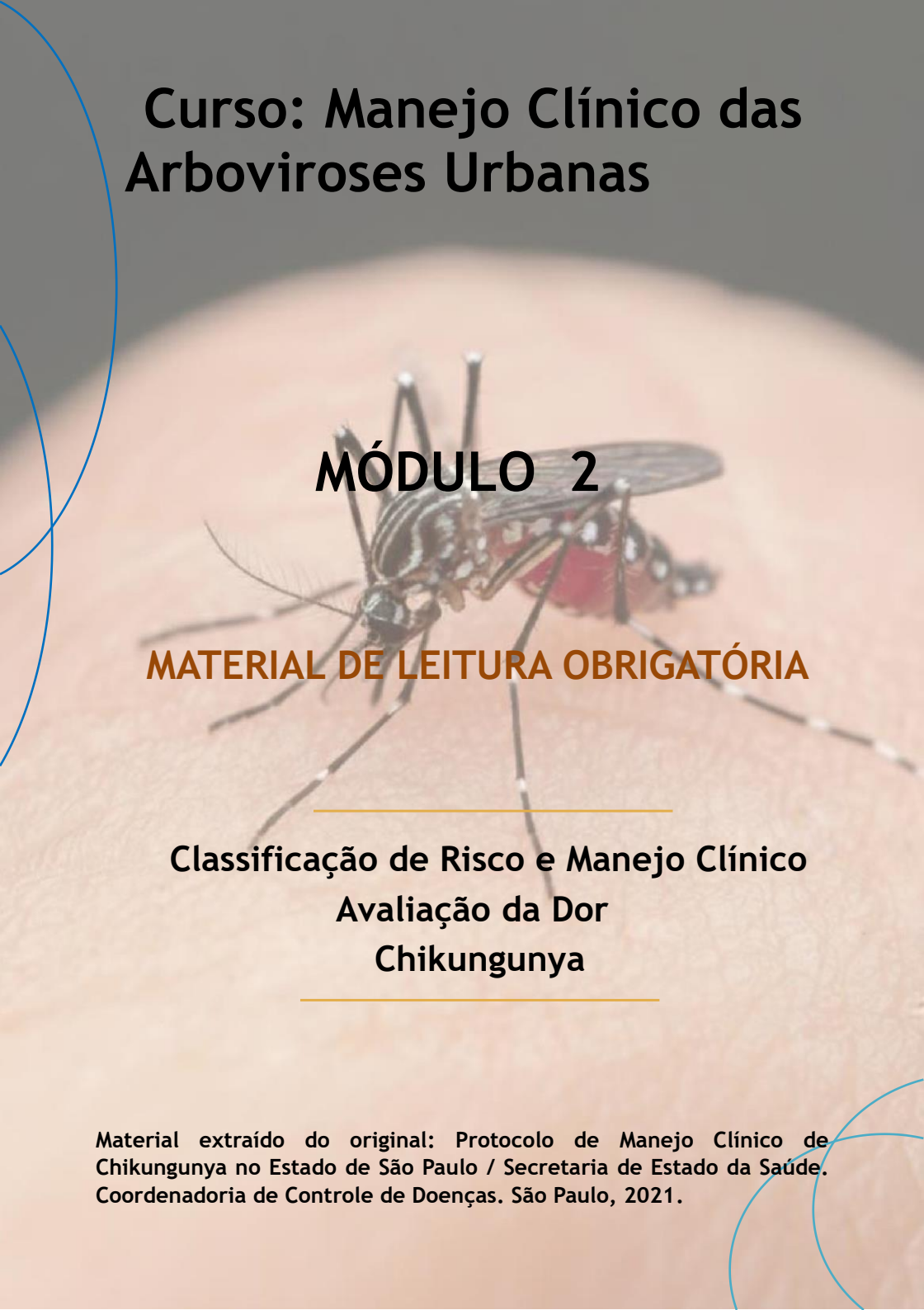
Curso: Manejo Clínico das Arboviroses Urbanas



MÓDULO 2

MATERIAL DE LEITURA OBRIGATÓRIA

Classificação de Risco e Manejo Clínico
Avaliação da Dor
Chikungunya

Material extraído do original: Protocolo de Manejo Clínico de Chikungunya no Estado de São Paulo / Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. São Paulo, 2021.

PÁGINAS

17 a 47

Avaliação e acompanhamento dos casos na fase aguda

A avaliação clínica deve incluir anamnese detalhada seguindo os passos 1, 2 e 3 do roteiro disponível na figura 4. Deve-se pesquisar se o indivíduo tem possibilidade de ter sido infectado, o que pode ocorrer por viagem ou residência em áreas com *Aedes* e transmissão de CHIKV. Importante ressaltar que todo o ESP é considerado infestado por *Aedes aegypti* e que quase a totalidade das regiões de saúde do estado teve documentada a circulação do CHIKV nos últimos anos (figura 1).[30] O conhecimento do profissional ou do paciente sobre a confirmação de outros casos de infecção por CHIKV também deve ser levado em conta. A verificação dos sintomas apresentados, bem como a identificação de fatores de risco ao desenvolvimento de quadros graves e desfechos desfavoráveis precisam ser considerados na primeira consulta e nas eventuais consultas subsequentes, qualquer que seja o nível de atenção em que o atendimento esteja ocorrendo. Como as áreas de circulação do vírus da dengue são as mesmas que as do CHIKV, o diagnóstico de dengue deve sempre ser considerado diante de um caso suspeito de chikungunya.

O exame físico deve incluir a pesquisa de sinais vitais (a pressão arterial deve ser verificada em 2 posições para descartar hipotensão postural), avaliação da hidratação, palpação abdominal para verificar a presença de dor e cuidadosa palpação de todas as articulações em busca de dor, edema ou calor (figura 4, passo 4).

Para avaliação da dor articular, é importante a utilização de escalas visuais por possibilitarem medida mais objetiva da intensidade dolorosa.[31] Essas ferramentas de medição devem ser apropriadas para cada idade, habilidade cognitiva e contexto da aplicação (por exemplo, em casa ou no hospital). Para crianças a partir de 3 anos, a escala facial pode ser utilizada com a escolha do rosto que melhor descreve o que ela está sentindo (o rosto zero está tranquilo porque não tem dor. O rosto 2 sente um pouco de dor. O rosto 4 sente um pouco mais de dor. O rosto 6 dói ainda mais. O rosto 8 tem muita dor. O rosto 10 tem a maior dor que possa ser imaginada e não é necessário chorar para se sentir tão mal) (figura 5). Para crianças acima de 8 anos e adultos, pode ser utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) (“em uma escala de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor que você pode imaginar, o que você está sentindo agora, em movimento e em repouso”) (figura 5).

Figura 4. Roteiro para anamnese, exame físico e solicitação de exames na fase aguda de chikungunya

Passo 1
Epidemiologia

A exposição a picadas de *Aedes* em uma área endêmica ou epidêmica (viagem ou residência) em até 14 dias antes do início dos sintomas é o principal fator de risco para adquirir a doença.

O vínculo com caso confirmado também deve levar à suspeita de chikungunya.

Todo o estado de São Paulo é infestado por *Aedes* e quase todo já identificou circulação do CHIKV.

Passo 2
Quadro clínico

São comuns: febre (mesmo não aferida), artrite ou artralgia, exantema ou outras manifestações cutâneas

Podem estar presentes: dorsalgia, cefaleia, mialgia, linfadenopatia, manifestações oculares, inapetência, cansaço, manifestações gastrointestinais

São sinais de gravidade: manifestações neurológicas, dispneia, dor torácica, evidência de sangramento, vômitos persistentes, dor abdominal intensa, evidência de hipoperfusão: cianose, sede excessiva, extremidades frias, enchimento capilar lento, redução do débito urinário, hipotensão, instabilidade hemodinâmica, tontura ou lipotimia, dor articular refratária e descompensação de doenças de base

Passo 3
Grupos de risco

Neonatos

Crianças menores de 2 anos

Idosos acima de 65 anos

Gestantes

Indivíduos com doenças crônicas, como diabetes e insuficiência crônica de órgãos (distúrbios cardiovasculares, renais, neurológicos ou respiratórios)

Passo 4
Exame físico

Verificar sinais vitais: FC, FR, PA em duas posições, temperatura e saturação.

Verificar estado geral e hidratação.

Palpar TODAS as articulações em busca de dor, edema e calor.

Avaliar dor utilizando Escala Visual Analógica (EVA) adequada para a idade.

Inspecionar pele em busca de manifestações cutâneas.

Pesquisar dor abdominal.

Lembrar sempre que pode haver manifestações oculares, neurológicas, hemorrágicas, gastrointestinais e linfadenopatia.

Passo 5
Exames complementares

Realizados a critério clínico.

Priorizar indivíduos do grupo de risco.

São inespecíficos e não levarão à confirmação de chikungunya.

Hemograma: leucopenia, linfopenia, plaquetopenia (se hemoconcentração, conduzir como dengue).

Avaliação hepática: TGO/TGP levemente elevadas e FA normal.

VHS e PCR: elevados.

Perfil metabólico: hipocalcemia ou depleção de volume em casos mais graves.

Imagem: desnecessários, embora USG possa ser útil em edemas de membros.

Passo 6
Exames específicos

Sorologia IgM: a partir do 6º dia de sintomas.

RT-PCR: até 5º dia de sintomas.

Sempre solicitar para graves e óbitos suspeitos (enviar amostra ao IAL).

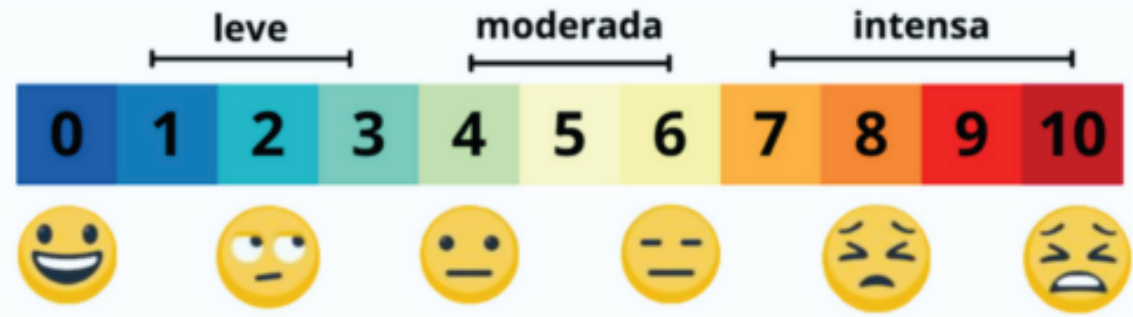
Em início da transmissão, solicitar para todos os casos suspeitos.

Durante epidemias, pode não ser necessário solicitar para casos típicos (vide capítulo 5).

Notificar o caso na suspeita, sem aguardar confirmação laboratorial

Fonte: CVE/CCD/SES-SP

Figura 5. Escala visual analógica combinada com escala facial para avaliação da intensidade da dor



Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Bebês (3 anos e menos) e crianças não verbais são mais bem classificados por meio de escalas de avaliação comportamental. A escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) considera parâmetros de face, pernas, atividade, choro e consolabilidade, devendo a criança ser observada por 1 a 2 minutos, com pontuação alocada para cada categoria e soma dos pontos entre 0 e 10 (figura 6).

Figura 6. Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Pernas	Normais ou relaxadas.	Inquietas, agitadas, tensas.	Chutando ou esticadas.
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente.	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa.	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos.
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo).	Gemidos ou choramingo; queixa ocasional.	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência.
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada.	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída.	Difícil de consolar ou confortar.
Observa-se a criança durante 5 minutos, são atribuídos pontos de 0-2 até um total máximo de 10 pontos (dor intensa).			

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

As interpretações das escalas são correspondentes: dores leves de 1 a 3 pontos, dores moderadas de 4 a 6 pontos e dores intensas de 7 a 10.

Dores moderadas (EVA de 4 a 6) e intensas (EVA de 7 a 10), principalmente nos casos em que houver características neuropáticas (dor em queimação e/ou latejante, fisgada ou sensação de choque, agulhadas, frio, parestesias, hiperestesias ou disestesias) devem ser pesquisadas quanto a sinais e sintomas de sensibilização central.[31]

Sugere-se a aplicação do Questionário de dor neuropática DN4 em adultos (figura 7), composto por 2 questões realizadas por entrevista com o paciente e 2 questões de exame físico, totalizando 10 respostas. Caso 4 ou mais respostas sejam positivas, provavelmente o paciente apresenta um quadro de dor com componente neuropático.[31]

Também deve-se buscar outras alterações de modo a subsidiar o diagnóstico clínico, como manifestações cutâneas e oculares, bem como manifestações neurológicas, cardíacas e hemorrágicas, que embora não sejam comuns na chikungunya, podem ser graves e requerem intervenção imediata.

Os exames laboratoriais complementares são inespecíficos e não determinam o diagnóstico de chikungunya, mas podem contribuir para o diagnóstico diferencial e para identificação de critérios de gravidade, principalmente entre indivíduos com fatores de risco e portadores de condições crônicas (figura 4, passo 5), estando sua solicitação à critério clínico, de acordo com a avaliação individual dos casos.[32] O achado laboratorial mais frequente é a linfopenia, mais intensa na fase virêmica da doença. Ao contrário do descrito na dengue, a presença de plaquetopenia é menos frequente e menos pronunciada. Além disso, podem ser encontradas leucopenia, neutropenia, alterações hepáticas e de função renal, hipocalcemia, elevação de creatinofosfoquinase (CPK) e desidrogenase láctica (DHL), sobretudo nos pacientes que necessitam de hospitalização.[21,26,33] As provas de atividade inflamatória, como a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C reativa (PCR), estão elevadas nos primeiros dias na maioria dos indivíduos.[33] A análise do líquido sinovial pode ser necessária para confirmar a natureza inflamatória do comprometimento articular e auxiliar no diagnóstico diferencial (por exemplo, gota e artrite séptica) em alguns casos com derrame articular e não fazem parte da rotina.[34]

Figura 7. Questionário para diagnóstico de dor neuropática - DN4

Por favor, nas 4 perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número.

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
1 - Queimação		
2 - Sensação de frio dolorosa		
3 - Choque elétrico		

Questão 2: Há presença de um ou mais sintomas na mesma área da sua dor?

	SIM	NÃO
4 - Formigamento		
5 - Alfinetada e agulhada		
6 - Adormecimento		
7 - Coceira		

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
8 - Hipoestesia ao toque		
9 - Hipoestesia à picada de agulha		

Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:

	SIM	NÃO
10 - Escovação		

1 ponto para cada item marcado como SIM

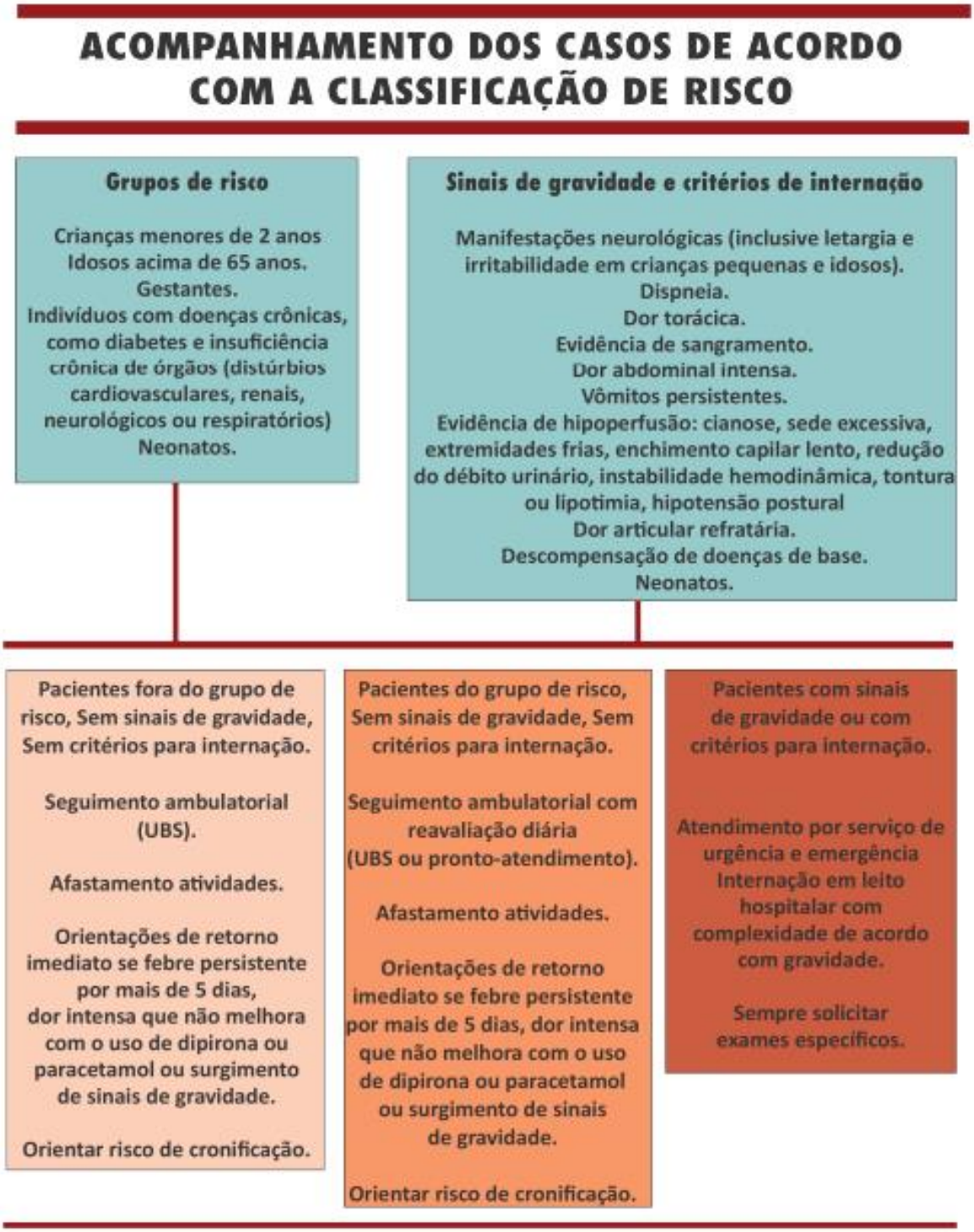
Dor nociceptiva < 4 ( ) Dor neuropática ≥ 4 ( )

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Imagens radiológicas durante a fase aguda da doença não contribuem para o diagnóstico, exceto para eventualmente descartar outras condições (figura 4, passo 5). A ultrassonografia musculoesquelética tem mais importância no diagnóstico diferencial de edema de membros e pode auxiliar na identificação de lesões inflamatórias articulares e periarticulares, como tenossinovite, sinovite aguda e bursite, com indicação restrita a poucas situações.[1,32]

A maioria dos pacientes pode ser investigada e acompanhada ambulatorialmente em unidades básicas de saúde (UBS) durante a fase aguda. Após a avaliação inicial, pacientes fora do grupo de risco que não apresentem sinais de gravidade ou critérios de internação podem ter retorno agendado em UBS dentro de 1 semana para avaliação do controle da dor, resultados de exames solicitados e descarte de outras condições, em particular a dengue. Os indivíduos devem ser orientados a retornar à unidade de saúde a qualquer momento caso apresentem febre persistente por mais de 5 dias, dor intensa que não melhora com o uso de dipirona ou paracetamol ou se surgimento de sinais de gravidade, como manifestações neurológicas (incluindo letargia e irritabilidade se crianças pequenas ou idosos), dispneia, dor torácica, evidência de sangramento, dor abdominal intensa, vômitos persistentes, evidência de hipoperfusão (por exemplo, cianose, sede excessiva, extremidades frias, enchimento capilar lento, redução do débito urinário, instabilidade hemodinâmica, tontura ou lipotimia, hipotensão postural) ou descompensação de doença de base (figura 8).[1]

Figura 8. Acompanhamento dos casos na fase aguda de chikungunya de acordo com classificação de risco


ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Grupos de risco
Crianças menores de 2 anos
Idosos acima de 65 anos.
Gestantes.
Indivíduos com doenças crônicas, como diabetes e insuficiência crônica de órgãos (distúrbios cardiovasculares, renais, neurológicos ou respiratórios)
Neonatos.
Sinais de gravidade e critérios de internação
Manifestações neurológicas (inclusive letargia e irritabilidade em crianças pequenas e idosos).
Dispneia.
Dor torácica.
Evidência de sangramento.
Dor abdominal intensa.
Vômitos persistentes.
Evidência de hipoperfusão: cianose, sede excessiva, extremidades frias, enchimento capilar lento, redução do débito urinário, instabilidade hemodinâmica, tontura ou lipotimia, hipotensão postural
Dor articular refratária.
Descompensação de doenças de base.
Neonatos.
Pacientes fora do grupo de risco, Sem sinais de gravidade, Sem critérios para internação.
Seguimento ambulatorial (UBS).
Afastamento atividades.
Orientações de retorno imediato se febre persistente por mais de 5 dias, dor intensa que não melhora com o uso de dipirona ou paracetamol ou surgimento de sinais de gravidade.
Orientar risco de cronificação.
Pacientes do grupo de risco, Sem sinais de gravidade, Sem critérios para internação.
Seguimento ambulatorial com reavaliação diária (UBS ou pronto-atendimento).
Afastamento atividades.
Orientações de retorno imediato se febre persistente por mais de 5 dias, dor intensa que não melhora com o uso de dipirona ou paracetamol ou surgimento de sinais de gravidade.
Orientar risco de cronificação.
Pacientes com sinais de gravidade ou com critérios para internação.
Atendimento por serviço de urgência e emergência
Internação em leito hospitalar com complexidade de acordo com gravidade.
Sempre solicitar exames específicos.

Fonte: adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico. (2017)

Os pacientes de grupo de risco também podem ser acompanhados na UBS durante a fase aguda, mas necessitam de observação diferenciada, com avaliações diárias pelas chances de desenvolvimento das formas graves da doença e de descompensação de doenças de base, cujos sinais devem ser rigorosamente pesquisados a cada consulta, até que ocorra remissão da febre. Devem ser discutidas possíveis complicações de fase aguda e os riscos de progressão das manifestações crônicas. A cronificação é maior no sexo feminino, em idade acima de 45 anos, na presença de lesões articulares graves, na falta de repouso durante a fase aguda e na existência de condições reumatológicas prévias ou de comorbidades.[35,36]

Recomenda-se o afastamento de atividades habituais, tanto para quebrar a cadeia de transmissão durante viremia quanto para se evitar movimentação excessiva das articulações inflamadas, com indicação de repouso relativo. É importante orientar a retirada de anéis, pulseiras e quaisquer outros dispositivos que possam atuar como torniquete em caso de edema. Atenção especial deve ser dada sobre a prevenção de desidratação, garantindo a ingesta adequada de fluidos orais. Os riscos de automedicação devem ser informados.[32] Havendo persistência ou recorrência dos sintomas para além de 2 semanas do início dos sintomas, é indicado acompanhamento clínico de fase pós-aguda.

Os casos com sinais de gravidade ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser avaliados em serviços de urgência e emergência e acompanhados em unidades com leitos de internação cuja complexidade e especialidades médicas envolvidas atendam às necessidades clínicas apresentadas (enfermaria ou unidade de terapia intensiva).[1] Todos os recém-nascidos de mães com infecção perinatal por CHIKV devem aguardar entre 5 e 7 dias após o parto para receberem alta. Em situações em que haja dúvida quanto ao diagnóstico de chikungunya, presença de manifestações atípicas ou coinfecção com outros vírus, a avaliação por infectologia é recomendada.

Em pacientes com meningite ou meningoencefalite, o líquido cefalorraquidiano mais característico exibe pleocitose leve com predominância de células linfomononucleares, elevação de proteínas e glicose normal a levemente baixa, sendo indicado envio de material ao Instituto Adolfo Lutz (IAL) para pesquisa de arboviroses neuroinvasivas e confirmação do diagnóstico etiológico. A ressonância nuclear magnética do cérebro pode mostrar hiperintensidade nos lobos temporais e no córtex insular ou hipercaptação periventricular nos casos de encefalite, hipercaptação meníngea nos casos de meningite, lesões hiperintensas em T2 e na recuperação de inversão atenuada por fluido (FLAIR) nos casos de encefalomielite desmielinizante aguda. Nos casos de mielorradiculite, a eletroneuromiografia pode revelar neuropatia axonal motora generalizada.[27,37] Recomenda-se acompanhamento por neurologia durante hospitalização.

Na suspeita de uveíte anterior, retinite, coroidite, neurorretinite ou neurite óptica, é recomendada a avaliação por oftalmologia em serviço de urgência.

Diagnóstico diferencial na fase aguda

A presença de sintomas como febre alta, artralgia intensa e exantema maculopapular, na ausência de quadro respiratório, pode contribuir para a diferenciação entre a fase aguda de chikungunya e outras doenças (figura 9). Gota e artrite séptica aguda (gonocócica e não gonocócica) fazem parte do diagnóstico diferencial das fases aguda e crônica de chikungunya e estão descritas com as doenças da fase crônica.

Figura 9. Diagnósticos diferenciais frequentes na fase aguda de chikungunya

Doença	Características importantes
Dengue	Mais casos subclínicos que chikungunya Sintomas articulares na chikungunya são bem mais proeminentes Elevação de hematócrito e presença de derrames cavitários devem chamar a atenção para possibilidade de dengue com sinal de alarme Quadros hemorrágicos e choque circulatório sem hemorragia são mais frequentes na dengue Risco de coinfecção (áreas de circulação comuns) Necessidade de confirmação laboratorial
Zika	Febre baixa, erupção cutânea, mialgia e conjuntivite Sintomas mais brandos Maior associação com quadros neurológicos e infecções congênitas Pouca evidência de circulação no estado de São Paulo nos últimos anos
Febre amarela	Maior toxemia na fase aguda Maior elevação de transaminases Insuficiência hepática aguda, lesão renal aguda e manifestações hemorrágicas mais comuns
Mayaro	Quadro clínico e laboratorial indistinguíveis Sem detecção autóctone no estado de São Paulo até o momento
Sarampo	Exantema em face com distribuição centrífuga Manchas de Koplik em cavidade oral Pneumonia é complicação frequente
Leptospirose	Sufusões hemorrágicas e ictericia Lesão renal aguda e insuficiência respiratória nos casos graves Pesquisar exposição de risco para a doença
Covid-19	Verificar histórico de vacinação e contato com caso confirmado Sintomas gripais são mais proeminentes em Covid-19 Casos graves cursam com insuficiência respiratória e imagem em vidro fosco Diagnóstico laboratorial é importante para adoção de medidas de controle oportunas
Síndrome retroviral aguda pós-HIV	História de contato sexual recente Faringite Erupção cutânea em palma das mãos e planta dos pés
Estreptococcias	Febre, mialgia e manifestações cutâneas mais frequentemente unilaterais (celulite, fasceite) Pode ter leucocitose Pesquisar porta de entrada As manifestações cutâneas da chikungunya podem mimetizar celulite bacteriana, porém ocorrem bilateralmente

Fonte: CVE/CCD/SES-SP

3.2. Fase pós-aguda

Apresentação clínica

Quando da persistência ou recidiva de sintomas após 14 dias do quadro clínico inicial, segue-se a fase pós-aguda. Embora possa haver recorrência, a febre costuma estar ausente. Pode ocorrer tanto uma melhora da dor articular em relação à fase aguda, quanto persistência ou agravamento da mesma, que costuma ser acompanhada por edema de intensidade variável.

As possíveis manifestações incluem poliartrite edematosa dos dedos das mãos e dos pés, exacerbação da dor em articulações previamente lesadas, tenossinovite hipertrófica subaguda em mãos (mais frequentemente nas falanges), punhos e tornozelos. Síndrome do túnel do carpo pode aparecer como resultado do agravamento da tenossinovite hipertrófica. Alguns pacientes desenvolvem doença vascular periférica, principalmente fenômeno de Raynaud.[20,38] Também podem ser observados casos com condições musculoesqueléticas dolorosas sem componente inflamatório articular. Dores neuropáticas ocorrem isoladamente ou em associação com quadros inflamatórios ou musculoesqueléticos.

Avaliação e acompanhamento dos casos na fase pós-aguda

O paciente permanecerá em acompanhamento ambulatorial em UBS. O exame físico deve ser direcionado para o envolvimento articular e periarticular, e o comprometimento de tendões deve ser minuciosamente pesquisado. A intensidade da dor é mais bem avaliada por meio de aplicação de EVA (figura 5) ou FLACC (figura 6), com complementação por Questionário de dor neuropática DN4 (figura 7) se EVA ≥ 4 ou identificação de características neuropáticas.[31]

Como na fase aguda, exames complementares inespecíficos e exames de imagem podem apenas eventualmente contribuir para o descarte de alguma outra doença, mas

não para a confirmação diagnóstica de chikungunya, estando sua indicação condicionada a critérios clínicos e ao acompanhamento de toxicidade da terapêutica instituída. O surgimento de critérios de gravidade (figura 8), mesmo que na fase pós-aguda, deve ser tratado em unidades de urgência e emergência, preferencialmente com leitos de internação.

As consultas de retorno na UBS devem ser agendadas com periodicidade quinzenal para casos com EVA ≥ 4 e a cada 6 semanas quando EVA < 4. Pacientes com risco mais elevado de progressão para doença crônica (sexo feminino, idade acima de 45 anos, maior intensidade das lesões articulares e falta de repouso na fase aguda, presença de condições reumatológicas preexistentes ou de comorbidades) devem receber orientações específicas quanto a essa possibilidade.[35,36]

3.3. Fase crônica

Apresentação clínica

Caracterizada pela persistência de sintomas após 3 meses do início da doença e taxa de cronificação variável, os sintomas quando presentes afetam a qualidade de vida dos indivíduos, limitando atividades cotidianas e trabalho.[17] É possível que sua ocorrência esteja relacionada à migração de monócitos e macrófagos infectados por CHIKV para tecidos sinoviais ainda durante a fase aguda, com essas células se comportando como veículos de transporte do vírus, o que possibilitaria persistência viral com infecção crônica e desencadeamento contínuo de resposta inflamatória, embora mecanismos imunomediados não estejam descartados.[39] Indivíduos do sexo feminino, com idade acima de 45 anos, que tenham experimentado maior intensidade das lesões articulares na fase aguda, ou portadores de doença articular preexistente (por exemplo, osteoartrite) e comorbidades têm maior risco ao desenvolvimento de cronicidade dos sintomas da infecção por CHIKV.[35,36]

Nessa fase da doença, os casos sintomáticos podem ser divididos em 3 grupos principais conforme as características clínicas predominantemente observadas: artrites inflamatórias, condições musculoesqueléticas dolorosas e neuropatias. As artrites inflamatórias têm pior prognóstico funcional e as condições musculoesqueléticas dolorosas são muito mais frequentes, enquanto as neuropatias podem agravar essas duas apresentações ou ocorrer de forma isolada.

Entre os casos com artrites inflamatórias, o sintoma mais comum é a artralgia persistente ou recidivante, poliarticular e simétrica, com ou sem edema, associada a redução da amplitude de movimentos, deformidades e ausência de eritema. Enquanto alguns pacientes relatam artralgia migratória, a maioria tem dor nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda. Assim, mãos, punhos, tornozelos e joelhos são mais afetados. Nesse grupo, o quadro clínico pode ser compatível com artrite reumatoide, espondiloartropatia soronegativa ou poliartrite indiferenciada.[32,40] Na evolução similar à artrite reumatoide, há acometimento simétrico de 3 ou mais articulações, atingindo principalmente mãos, podendo ainda ter erosões ósseas e fator reumatoide positivo[15,41]. Casos com quadro de espondiloartropatia soronegativa são menos frequentes que com artrite reumatoide e manifestam-se com lombalgia crônica, limitação da mobilidade espinhal lombar e sacroiliíte. Aqueles com poliartrite não destrutiva que não preencham critérios para artrite reumatoide ou para espondiloartropatia soronegativa são classificados como poliartrite indiferenciada.

Excluídas as artrites inflamatórias, os demais casos são considerados como portadores de condições musculoesqueléticas dolorosas, sendo observados dor articular crônica (sem artrite), fibromialgia, síndrome do ombro congelado ou fasceíte plantar.[40] Ocasionalmente, articulações incomuns como temporomandibulares e esternoclaviculares podem ser acometidas.

Os pacientes também podem apresentar dor neuropática tanto isoladamente quanto em associação com quadros inflamatórios ou musculoesqueléticos, sendo afetados membros superiores e inferiores.[31] Manifestações decorrentes da síndrome

do túnel do carpo são observadas com frequência razoável, com parestesia em áreas inervadas pelo nervo mediano.[20]

Além disso, distúrbios do sono, memória ou concentração, fadiga e depressão estão significativamente associados a pacientes com sintomas crônicos de chikungunya.[17]

Avaliação e acompanhamento dos casos na fase crônica

Nessa fase, o acompanhamento deverá ser feito conjuntamente por UBS e por unidades de referências com profissionais capacitados para atender pacientes refratários às terapêuticas instituídas nas fases anteriores. Como nas demais fases, em todas as consultas a avaliação da dor deve contar com utilização do instrumento EVA (figura 5) ou FLACC (figura 6) por permitir medida mais objetiva da intensidade dolorosa e com a aplicação do Questionário de dor neuropática DN4 (figura 7) quando pertinente (EVA ≥ 4 ou presença de características neuropáticas).[31]

Nas situações em que houver refratariedade ou em que a apresentação clínica for sugestiva de artrites inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartropatia soronegativa ou poliartrite indiferenciada), é recomendada avaliação em unidade de referência com reumatologia. Uma vez que haja alta suspeita clínica da presença de artrites inflamatórias, a solicitação de exames complementares não deve atrasar o encaminhamento para a especialidade. Além de exames como hemograma, VSH, PCR, creatinina e transaminases, pode ser avaliada a necessidade de dosagem de autoanticorpos como fator reumatoide (FR) e anticorpos antipeptídeos citrulinados cíclicos (anti-CPP), conforme disponibilidade pelo serviço em que o paciente estiver inserido. Os resultados laboratoriais devem ser interpretados conjuntamente com o quadro apresentado pelo paciente e exames normais não descartam o diagnóstico de artrite inflamatória quando os sinais e sintomas forem compatíveis. Radiografias das articulações afetadas também são úteis, com achados que podem incluir desde aumento de partes moles e osteopenia justa-articular em quadros iniciais, até redução de espaço articular e erosões ósseas em pacientes com doença reumatológica estabelecida.

Não há obrigatoriedade de sorologias IgM/IgG anti-chikungunya para casos crônicos mesmo que não tenham sido realizadas na fase aguda. Sorologias IgM/IgG anti-chikungunya realizadas na fase aguda não precisam ser repetidas na fase crônica.

A rotina de retornos e de realização de exames complementares, que tem como objetivos o controle da resposta e da adesão terapêutica, bem como o monitoramento de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, será baseada no tratamento adotado. Preliminarmente, portadores de artrites crônicas que irão fazer uso prolongado da hidroxicloroquina devem passar por avaliação oftalmológica dentro do primeiro ano de início do medicamento e, após 5 anos de uso da medicação, anualmente. Indivíduos com fator de risco para maculopatia (lesão renal crônica ou hepatopatia crônica) devem realizar a avaliação oftalmológica ao iniciar tratamento e anualmente, sem aguardar 5 anos para as avaliações anuais. Se o paciente for utilizar metotrexato, antes de iniciar o tratamento é necessário complementar a avaliação com sorologias (anti-HCV, HbsAg, anti-HIV), radiografia de tórax e PPD ou IGRA, além de βHCG para mulheres em idade fértil. Pacientes em uso de hidroxicloroquina ou de metotrexato devem realizar hemograma, VSH, PCR, creatinina e transaminases a cada 3 meses enquanto durar o tratamento.

Diagnóstico diferencial na fase crônica

O diagnóstico diferencial na fase crônica da chikungunya inclui condições associadas a artrites que tenham caráter persistente ou recidivante (figura 10). Gota e artrite séptica (gonocócica e não gonocócica) também devem ser considerados no diagnóstico diferencial da fase aguda de chikungunya.

Figura 10. Diagnósticos diferenciais frequentes na fase crônica de chikungunya

Doença	Características importantes
Artrite reumatoide	A artrite reumatoide não é precedida por doença febril aguda Suspeita: artrite de ≥ 3 articulações, artrite em mãos, simétrica, erosões ósseas Difícil diferenciação clínica e laboratorial FR e anti-CCP podem contribuir em alguns casos, assim como radiografias de áreas afetadas
Espondiloartropatia soronegativa	A espondiloartropatia soronegativa não é precedida por doença febril aguda Suspeita: dorsalgia associada a rigidez e redução na amplitude de movimentos da coluna, melhora com exercícios e não com repouso Teste de HLA B27 (antígeno leucocitário humano B27) e radiografia das áreas afetadas podem ser úteis
Lúpus eritematoso sistêmico	Suspeita: eritema malar, úlceras orais, artrite, serosite Envolvimento de outras manifestações sistêmicas, como renais, neurológicas e hematológicas Presença de anticorpos antinucleares
Gota	Suspeita: edema, dor e eritema em uma articulação periférica ou bursa Também pode fazer parte do diagnóstico diferencial da fase aguda de Chikungunya Geralmente monoarticular: tornozelo ou médio pé Presença de tofo Análise do líquido sinovial durante atividade e dosagem de ácido úrico após resolução podem ser úteis
Artrite séptica	Dor de início rápido, derrame articular e restrição de amplitude de movimentos, geralmente em uma única articulação Sintomas sistêmicos presentes Pode ter evolução crônica e recorrente As formas agudas são, em geral, de causa bacteriana (gonocócica ou não gonocócica) As formas crônicas costumam ser causadas por micobactérias, fungos ou bactérias de baixa patogenicidade O diagnóstico requer análise e cultura do líquido sinovial Necessidade de atendimento em serviços de urgência e emergência pelo potencial destrutivo da articulação Também pode fazer parte do diagnóstico diferencial da fase aguda de chikungunya, principalmente a forma aguda da artrite séptica

Fonte: CVE/CCD/SES-SP

4. TRATAMENTO

A classificação de risco, hidratação, avaliação objetiva da dor com base em escalas adequadas e tratamento analgésico são os pontos fundamentais do manejo clínico. A dor aguda tratada de forma inadequada é uma das principais causas de sua cronificação.

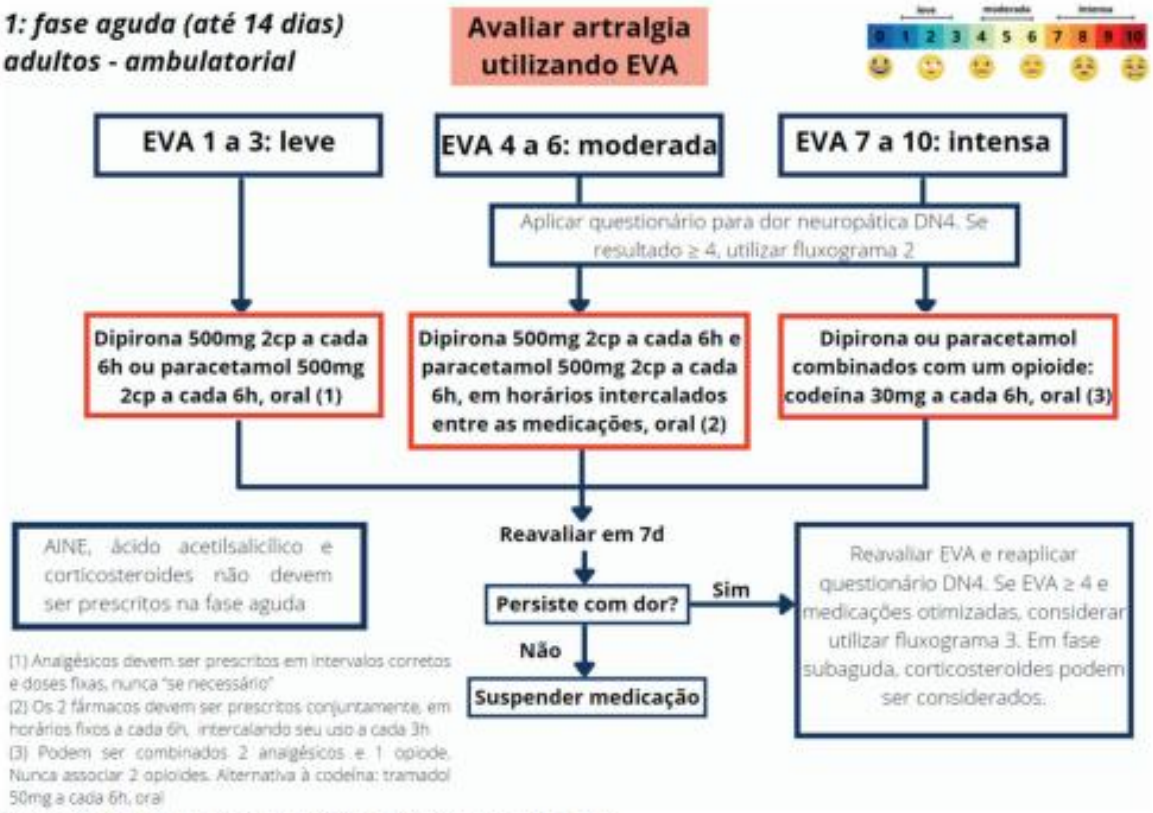
4.1. Fase aguda

Até o momento, não estão disponíveis terapias antivirais específicas para infecção por CHIKV. Os objetivos do tratamento nessa fase são principalmente controle da febre e redução da dor articular, para os quais dipirona e paracetamol, de forma isolada ou intercalados, são os medicamentos de primeira escolha.[31,32,42] A utilização de cloroquina no período de viremia pode atrasar a resposta imune adaptativa do paciente, estando associada a elevação da carga viral, de modo que o medicamento é contraindicado na fase aguda da doença.[43-45] Corticosteroides também não são recomendados durante a infecção aguda, à exceção de casos muito excepcionais que apresentem manifestações neurológicas ou oculares graves e sob indicação de especialistas.[31,32,42] Há maior risco de desenvolvimento de formas graves da doença com uso de AINE, com relato de complicações como manifestações hemorrágicas e lesão renal aguda.[24] Ácido acetilsalicílico pode desencadear síndrome de Reye em pacientes com síndromes virais, sendo contraindicado seu uso.[42]

O esquema terapêutico a ser instituído baseia-se na avaliação da dor por meio de escala apropriada, conforme fluxograma 1 (figura 11). Na dor de leve intensidade (EVA de 1 a 3), podem ser utilizados dipirona ou paracetamol sempre em doses adequadas e horários regulares. Nos casos de dor moderada (EVA de 4 a 6), os 2 fármacos devem ser prescritos conjuntamente, cada um com intervalo de 6 horas entre as doses, em horários intercalados, de forma que a cada 3 horas uma das medicações seja tomada. Dores intensas (EVA de 7 a 10) são tratadas com a associação entre analgésicos (dipirona e/ou

paracetamol) e apenas um opioide, sendo a codeína o fármaco de escolha. Quando disponível, o tramadol pode ser utilizado como alternativa por ser um equivalente terapêutico.

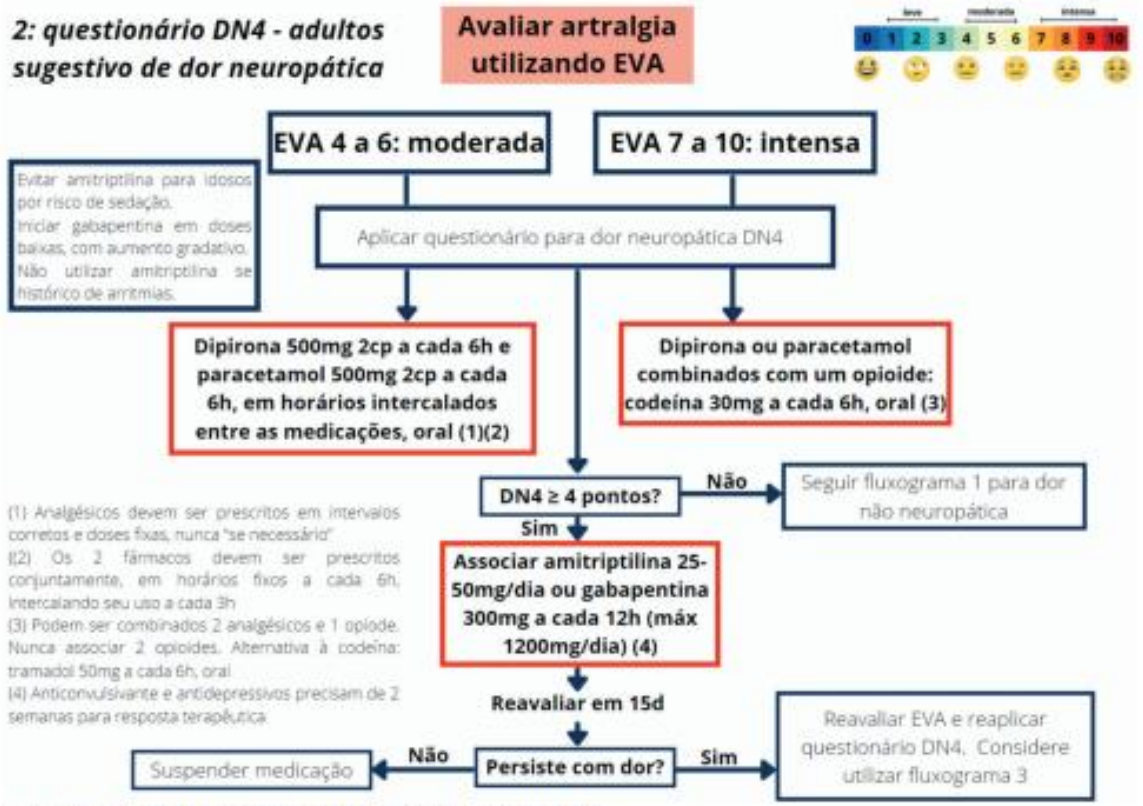
Figura 11. Fluxograma 1: tratamento ambulatorial de dor em adultos na fase aguda da doença


1: fase aguda (até 14 dias)
adultos - ambulatorial
Avaliar artralgia utilizando EVA
EVA 1 a 3: leve
EVA 4 a 6: moderada
EVA 7 a 10: intensa
Aplicar questionário para dor neuropática DN4. Se resultado ≥ 4, utilizar fluxograma 2
Dipirona 500mg 2cp a cada 6h ou paracetamol 500mg 2cp a cada 6h, oral (1)
Dipirona 500mg 2cp a cada 6h e paracetamol 500mg 2cp a cada 6h, em horários intercalados entre as medicações, oral (2)
Dipirona ou paracetamol combinados com um opioide: codeína 30mg a cada 6h, oral (3)
AINE, ácido acetilsalicílico e corticosteroides não devem ser prescritos na fase aguda
Reavaliar em 7d
Persiste com dor?
Sim
Não
Suspender medicação
Reavaliar EVA e reaplicar questionário DN4. Se EVA ≥ 4 e medicações otimizadas, considerar utilizar fluxograma 3. Em fase subaguda, corticosteroides podem ser considerados.
(1) Analgésicos devem ser prescritos em intervalos corretos e doses fixas, nunca "se necessário"
(2) Os 2 fármacos devem ser prescritos conjuntamente, em horários fixos a cada 6h, intercalando seu uso a cada 3h
(3) Podem ser combinados 2 analgésicos e 1 opioide. Nunca associar 2 opioides. Alternativa à codeína: tramadol 50mg a cada 6h, oral

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Indivíduos com dores moderadas a intensas (EVA ≥ 4) podem ter componente neuropático associado, devendo ser avaliados por meio do Questionário diagnóstico de dor neuropática (figura 7). Se confirmado, é indicada introdução de gabapentina ou de amitriptilina em conjunto com os demais analgésicos como o disposto no fluxograma 2 (figura 12). A amitriptilina pode causar sedação em idosos e é contraindicada para pacientes com histórico de arritmias, portanto, a gabapentina é preferível na maioria dos casos. Recomenda-se realizar eletrocardiograma se a opção for utilizar amitriptilina. A dose de gabapentina deve ser baixa no início e aumentada gradualmente de acordo com a resposta terapêutica. Avalia-se a resposta a ambas as medicações a partir de 15 dias.[31]

Figura 12. Fluxograma 2: tratamento ambulatorial de dor neuropática em adultos

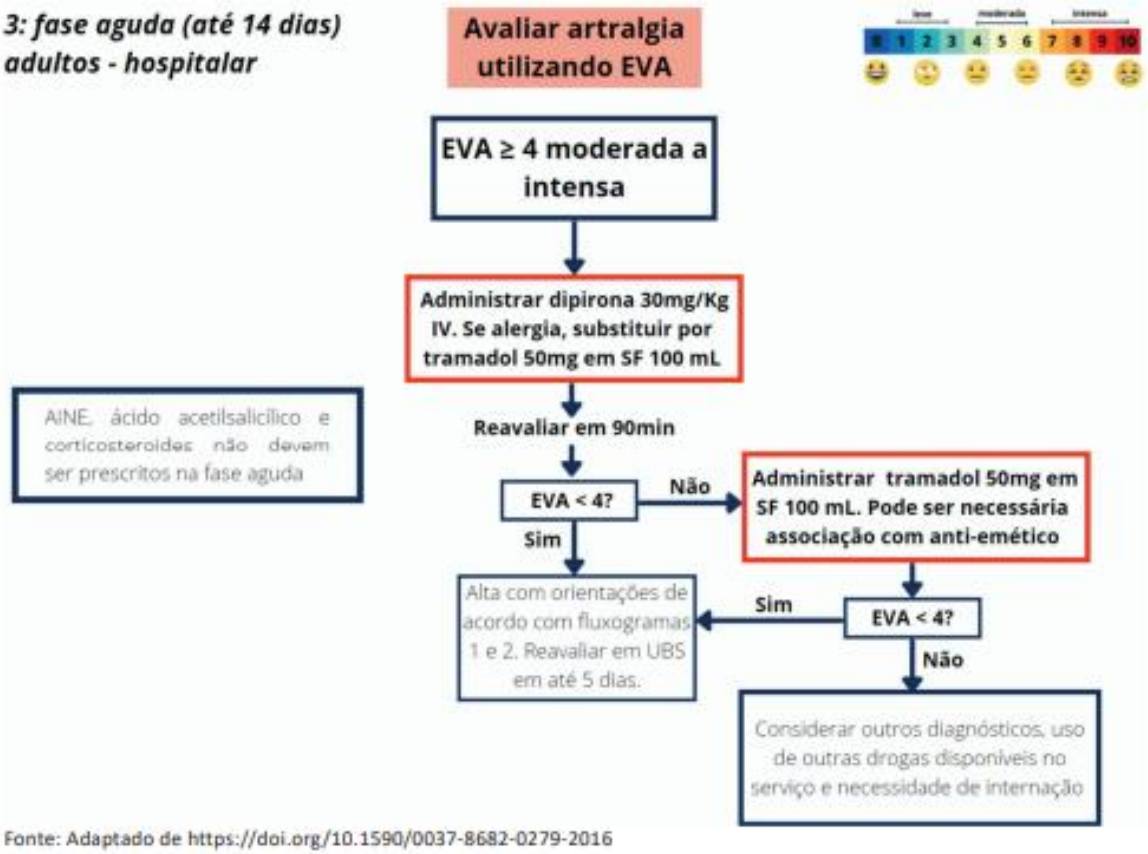

2: questionário DN4 - adultos sugestivo de dor neuropática
Avaliar artralgia utilizando EVA
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
EVA 4 a 6: moderada
EVA 7 a 10: intensa
Evitar amitriptilina para idosos por risco de sedação.
Iniciar gabapentina em doses baixas, com aumento gradativo.
Não utilizar amitriptilina se histórico de arritmias.
Aplicar questionário para dor neuropática DN4
Dipirona 500mg 2cp a cada 6h e paracetamol 500mg 2cp a cada 6h, em horários intercalados entre as medicações, oral (1)(2)
Dipirona ou paracetamol combinados com um opioide: codeína 30mg a cada 6h, oral (3)
DN4 ≥ 4 pontos?
Não
Seguir fluxograma 1 para dor não neuropática
Sim
Associar amitriptilina 25-50mg/dia ou gabapentina 300mg a cada 12h (máx 1200mg/dia) (4)
Reavaliar em 15d
Persiste com dor?
Não
Suspender medicação
Sim
Reavaliar EVA e reaplicar questionário DN4. Considere utilizar fluxograma 3
(1) Analgésicos devem ser prescritos em intervalos corretos e doses fixas, nunca "se necessário"
(2) Os 2 fármacos devem ser prescritos conjuntamente, em horários fixos a cada 6h, intercalando seu uso a cada 3h
(3) Podem ser combinados 2 analgésicos e 1 opiode. Nunca associar 2 opioides. Alternativa à codeína: tramadol 50mg a cada 6h, oral
(4) Anticonvulsivante e antidepressivos precisam de 2 semanas para resposta terapêutica

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Alguns pacientes com dor moderada a intensa (EVA ≥ 4), persistente, poliarticular ou incapacitante, podem necessitar de medicações por via intravenosa para alívio sintomático, com uso orientado no fluxograma 3 (figura 13). Se resposta adequada, o paciente prossegue o tratamento com os esquemas anteriores. Na ausência de resposta, pode ser necessária internação hospitalar para controle da dor e investigação de outros fatores ou diagnósticos.

O regime terapêutico deve ser aquele com a menor dose, pelo menor tempo possível, para obtenção do melhor custo-benefício e redução do risco de possíveis eventos adversos. Reavaliações periódicas nos prazos preconizados garantem adequação terapêutica quando o controle da dor não for satisfatório, assim como a suspensão oportuna das medicações se remissão dos sintomas.

Figura 13. Fluxograma 3: tratamento de dor moderada a intensa em adultos na fase aguda da doença

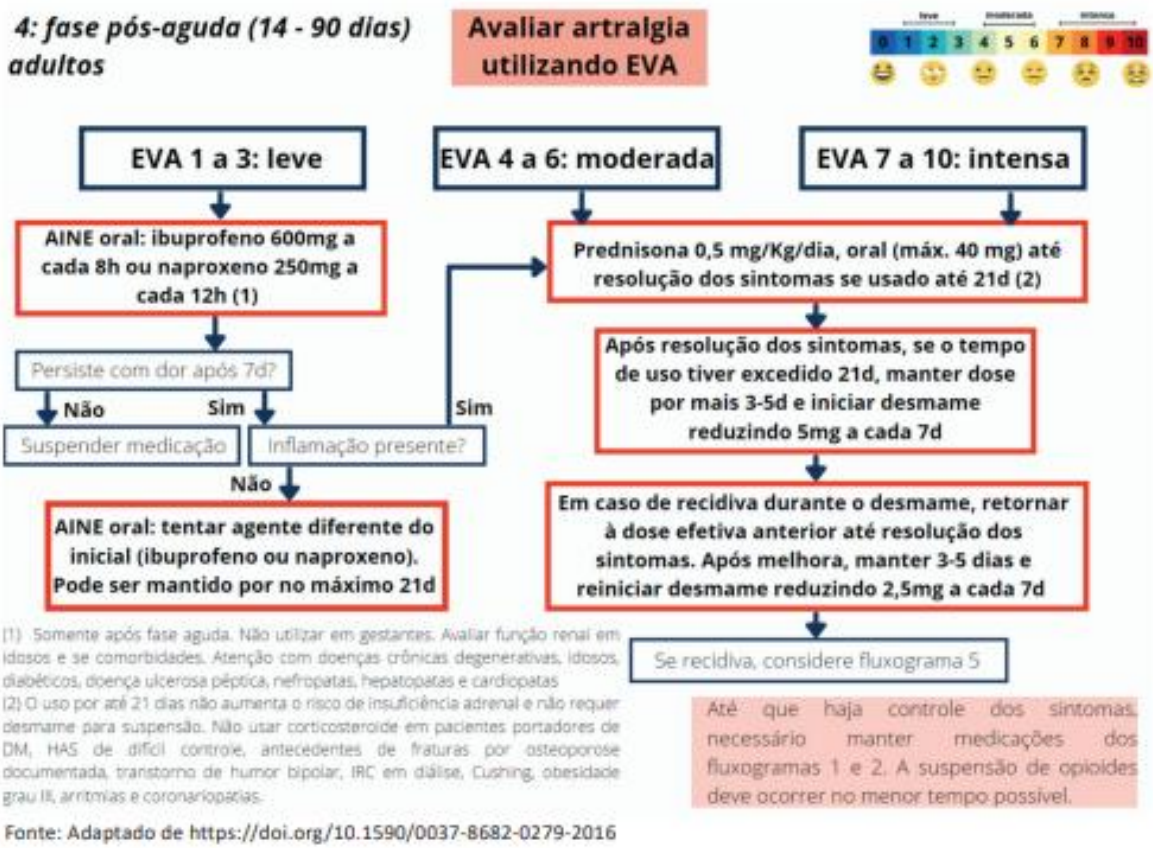

3: fase aguda (até 14 dias)
adultos - hospitalar
Avaliar artralgia utilizando EVA
EVA ≥ 4 moderada a intensa
Administrar dipirona 30mg/Kg IV. Se alergia, substituir por tramadol 50mg em SF 100 mL
AINE, ácido acetilsalicílico e corticosteroides não devem ser prescritos na fase aguda
Reavaliar em 90min
EVA < 4?
Não
Sim
Administrar tramadol 50mg em SF 100 mL. Pode ser necessária associação com anti-emético
Alta com orientações de acordo com fluxogramas 1 e 2. Reavaliar em UBS em até 5 dias.
Sim
EVA < 4?
Não
Considerar outros diagnósticos, uso de outras drogas disponíveis no serviço e necessidade de internação

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

4.2. Fase pós-aguda

Em pacientes com sintomas articulares persistentes na fase pós-aguda (entre 14 dias e até o final do terceiro mês após o início da infecção), já é seguro testar a resposta terapêutica à introdução de agentes anti-inflamatórios, respeitadas as contraindicações dessas medicações, conforme fluxograma 4 (figura 14). Para dores leves (EVA 1 a 3) pode ser introduzido um AINE. Os corticosteroides (prednisona 0,5 mg/Kg/dia) são preferíveis para dor moderada a intensa (EVA ≥ 4) e na presença de quadros muito inflamatórios.[31] A terapia oral é sempre recomendada, no entanto, casos mais graves podem se beneficiar da via parenteral. O tratamento nessa fase inclui analgesia contínua com paracetamol ou dipirona conforme fluxograma 1 (figura 11) e gabapentina ou amitriptilina se indicados pelo fluxograma 2 (figura 12) até que haja início da ação dos anti-inflamatórias. O opioide deve ser suspenso o mais brevemente possível.

Figura 14. Fluxograma 4: tratamento ambulatorial de dor em adultos na fase pós-aguda da doença


4: fase pós-aguda (14 - 90 dias) adultos
Avaliar artralgia utilizando EVA
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
EVA 1 a 3: leve
EVA 4 a 6: moderada
EVA 7 a 10: intensa
AINE oral: ibuprofeno 600mg a cada 8h ou naproxeno 250mg a cada 12h (1)
Prednisona 0,5 mg/Kg/dia, oral (máx. 40 mg) até resolução dos sintomas se usado até 21d (2)
Persiste com dor após 7d?
Não
Sim
Sim
Suspender medicação
Inflamação presente?
Não
Após resolução dos sintomas, se o tempo de uso tiver excedido 21d, manter dose por mais 3-5d e iniciar desmame reduzindo 5mg a cada 7d
AINE oral: tentar agente diferente do inicial (ibuprofeno ou naproxeno). Pode ser mantido por no máximo 21d
Em caso de recidiva durante o desmame, retornar à dose efetiva anterior até resolução dos sintomas. Após melhora, manter 3-5 dias e reiniciar desmame reduzindo 2,5mg a cada 7d
Se recidiva, considere fluxograma 5
(1) Somente após fase aguda. Não utilizar em gestantes. Avaliar função renal em idosos e se comorbidades. Atenção com doenças crônicas degenerativas, idosos, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas e cardiopatas
(2) O uso por até 21 dias não aumenta o risco de insuficiência adrenal e não requer desmame para suspensão. Não usar corticosteroide em pacientes portadores de DM, HAS de difícil controle, antecedentes de fraturas por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, IRC em diálise, Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.
Até que haja controle dos sintomas, necessário manter medicações dos fluxogramas 1 e 2. A suspensão de opioides deve ocorrer no menor tempo possível.

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Nenhuma classe de AINE demostrou superioridade em relação a outra no tratamento de chikungunya, não existindo uma medicação que seja preferencial. Todos os AINE são contraindicados para gestantes. A associação entre AINE e corticosteroide aumenta o risco de sangramento gastrointestinal e deve ser cuidadosa sobretudo em indivíduos com doença ulcerosa péptica. Sempre que um AINE for escolhido, sua eficácia deverá ser reavaliada em 7 a 10 dias e o tempo de tratamento não deve exceder 3 a 4 semanas. Quando a dor não responder ao uso do AINE escolhido inicialmente, substitui-se a medicação por AINE de categoria ainda não utilizada ou por prednisona, particularmente se presença de quadros articulares muito inflamatórios.[31]

Havendo remissão dos sintomas, o AINE pode ser suspenso de forma imediata ou com tomadas em dias alternados, enquanto a prednisona só poderá ser imediatamente

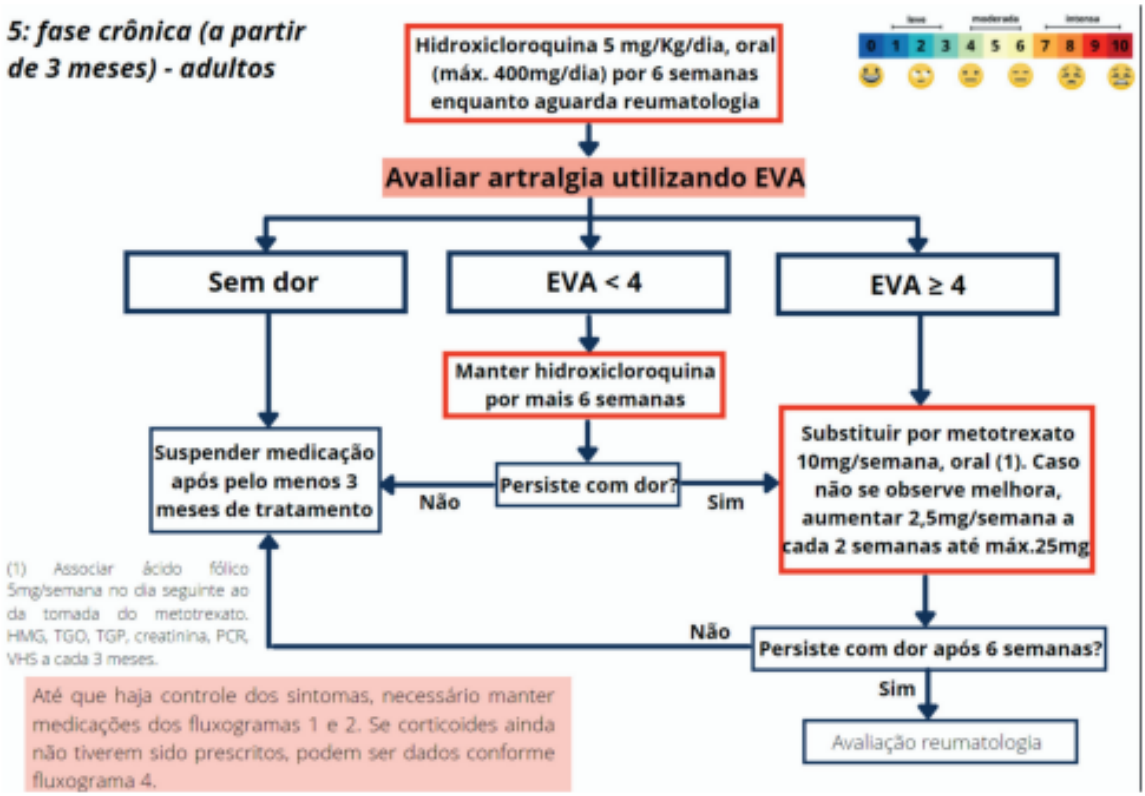
suspensa se tiver sido utilizada por no máximo 21 dias. No entanto, na maioria das vezes a melhora com prednisona ocorre após períodos de 4 a 6 semanas de uso, tornando obrigatória a retirada gradual da medicação. Esse desmame pode ser feito com redução de 5 mg da dose diária a cada semana se a dose em uso for superior a 30 mg/dia, seguido de redução de 2,5 mg da dose diária a cada semana quando a dose estiver entre 20 e 10mg/dia.

4.3. Fase crônica

A fase crônica de chikungunya é definida como a persistência dos sintomas por mais de 3 meses após o início da doença. Para pacientes que apresentam condições musculoesqueléticas dolorosas sem sinais inflamatórios, recomenda-se a combinação de analgésicos contínuos e anti-inflamatórios (AINE e corticosteroides), associados ou não a opioides, de acordo com o estabelecido para as fases aguda e pós-aguda da doença nos fluxogramas 1 e 3 (figuras 11 e 13, respectivamente). A associação entre AINE e corticosteroide aumenta o risco de sangramento gastrointestinal e deve ser cuidadosa sobretudo em indivíduos com doença ulcerosa péptica. A presença de componente neuropático detectada por meio do questionário DN4 (figura 7), seja isoladamente ou em conjunto com quadros musculoesqueléticos e inflamatórios, indica a necessidade de tratamento conforme o fluxograma 2 (figura 12). Nas situações em que a apresentação clínica for sugestiva de artrites inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartropatia soronegativa ou poliartrite indiferenciada), podem ser indicados medicamentos antirreumáticos modificadores do curso da doença (MMCD), por exemplo hidroxicloroquina ou metotrexato, com o objetivo de limitar o resultado potencialmente destrutivo da inflamação.[31,32,42]

Considerando que a instituição precoce de MMCD pode prevenir a ocorrência de danos estruturais e melhorar a capacidade funcional, sugere-se o início do tratamento com hidroxicloroquina mesmo antes do atendimento na atenção especializada por reumatologia, enquanto este é aguardado (figura 15).[31]

Figura 15. Fluxograma 5: tratamento ambulatorial de dor inflamatória em adultos na fase crônica da doença


5: fase crônica (a partir de 3 meses) - adultos
Hidroxicloroquina 5 mg/Kg/dia, oral (máx. 400mg/dia) por 6 semanas enquanto aguarda reumatologia
leve
moderada
intensa
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Avaliar artralgia utilizando EVA
Sem dor
EVA < 4
EVA ≥ 4
Manter hidroxicloroquina por mais 6 semanas
Suspender medicação após pelo menos 3 meses de tratamento
Não
Persiste com dor?
Sim
Substituir por metotrexato 10mg/semana, oral (1). Caso não se observe melhora, aumentar 2,5mg/semana a cada 2 semanas até máx.25mg
(1) Associar ácido fólico 5mg/semana no dia seguinte ao da tomada do metotrexato. HMG, TGO, TGP, creatinina, PCR, VHS a cada 3 meses.
Não
Persiste com dor após 6 semanas?
Sim
Avaliação reumatologia
Até que haja controle dos sintomas, necessário manter medicações dos fluxogramas 1 e 2. Se corticoides ainda não tiverem sido prescritos, podem ser dados conforme fluxograma 4.

Fonte: CVE/CCD/SES-SP

Os pacientes devem ser avaliados a cada 6 semanas com EVA para avaliar a intensidade da dor e a resposta terapêutica, como descrito no fluxograma 5 (figura 15). As medicações podem ser suspensas quando o paciente estiver sem dor após pelo menos 3 meses de tratamento. Casos refratários, exceto se apresentarem alguma contraindicação, podem ser tratados com metotrexato na dose inicial de 10 mg por semana. Se não for observada melhora, aumentar a dose em 2,5 mg por semana a cada 2 semanas, até a dose máxima de 25 mg por semana. A dose deve ser ajustada em pacientes com insuficiência renal e a medicação é contraindicada em pacientes com clearance de creatinina <30mL/min. No dia seguinte ao da tomada do metotrexato, recomenda-se ácido fólico 5 mg por semana para redução de efeitos adversos. É necessário realizar monitoramento clínico e laboratorial antes e durante o tratamento pelo risco de hepatoxicidade e de mielotoxicidade. Por sua atividade imunossupressora, o metotrexato não pode ser utilizado na presença de infecções ativas, que devem ser

descartadas antes do início do tratamento. Também tem potencial teratogênico, sendo proibido o uso por gestantes, mulheres que estejam amamentando ou que planejam engravidar. Para mulheres em idade fértil, é importante descartar gestação antes de iniciar o tratamento e orientar medidas contraceptivas.[32,42]

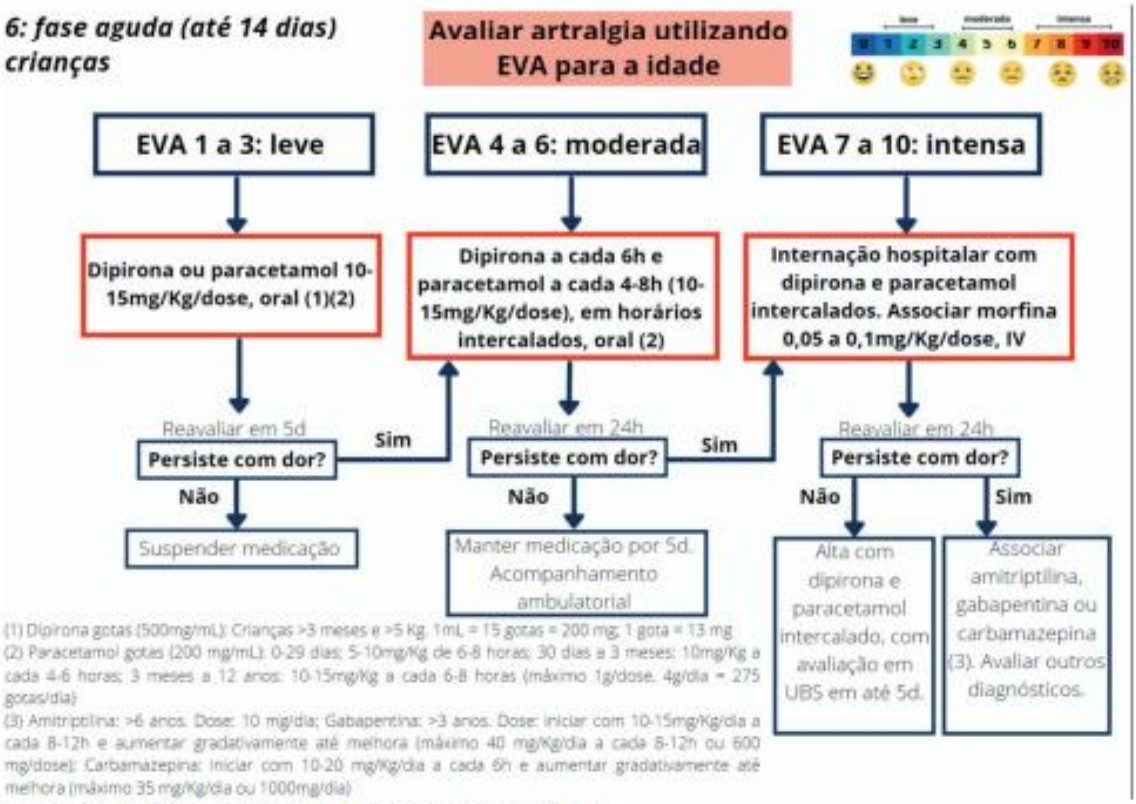
Para maior detalhamento dos medicamentos recomendados neste protocolo, bem como apresentações, doses preconizadas e cuidados necessários para a prescrição, consultar item "Medicamentos recomendados pelo estado de São Paulo para uso no tratamento de chikungunya" ao final do capítulo.

4.4. Tratamento em crianças

Assim como para adultos, não existem terapias antivirais específicas para infecção por CHIKV atualmente licenciadas para crianças. Corticosteroides e AINE não são recomendados durante a infecção aguda, sob o risco de maior gravidade e de complicações.[31,32,42] Ácido acetilsalicílico pode desencadear síndrome de Reye em crianças com síndromes virais, sendo seu uso contraindicado.[42] Com objetivo de controle da febre e redução da dor articular, medicamentos como dipirona e paracetamol, de forma isolada ou intercalados, devem ser administrados em uma programação regular de doses e horário, conforme intensidade avaliada por instrumento adequado para a idade.[31,32,42] Atenção deve ser dada à prevenção de desidratação, com oferta de fluidos orais em quantidades adequadas.[32]

Na fase aguda da doença, as dores leves a moderadas (EVA < 7) podem ser tratadas ambulatorialmente. No caso de refratariedade ao tratamento ou dor classificada como intensa (EVA 7 a 10), recomenda-se internação hospitalar, podendo ou não ser introduzida medicação adjuvante para componente neuropático, conforme fluxograma 6 (figura 16). São consideradas alternativas para tratamento de dor neuropática em crianças a amitriptilina, a carbamazepina e a gabapentina.[1]

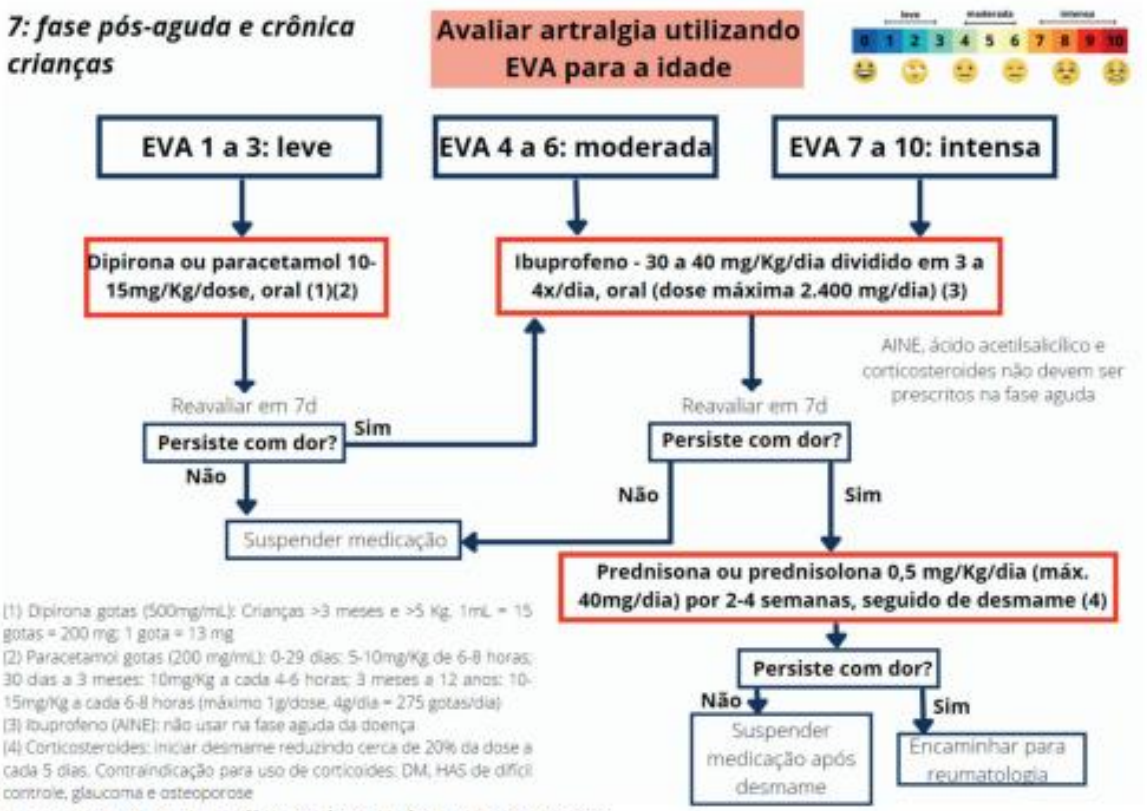
Figura 16. Fluxograma 6: tratamento de dor em crianças na fase aguda da doença


6: fase aguda (até 14 dias) crianças
Avaliar artralgia utilizando EVA para a idade
EVA 1 a 3: leve
EVA 4 a 6: moderada
EVA 7 a 10: intensa
Dipirona ou paracetamol 10-15mg/Kg/dose, oral (1)(2)
Dipirona a cada 6h e paracetamol a cada 4-8h (10-15mg/Kg/dose), em horários intercalados, oral (2)
Internação hospitalar com dipirona e paracetamol intercalados. Associar morfina 0,05 a 0,1mg/Kg/dose, IV
Reavaliar em 5d
Persiste com dor?
Sim
Não
Suspender medicação
Reavaliar em 24h
Persiste com dor?
Sim
Não
Manter medicação por 5d. Acompanhamento ambulatorial
Reavaliar em 24h
Persiste com dor?
Não
Sim
Alta com dipirona e paracetamol intercalado, com avaliação em UBS em até 5d.
Associar amitriptilina, gabapentina ou carbamazepina (3). Avaliar outros diagnósticos.
(1) Dipirona gotas (500mg/mL): Crianças >3 meses e >5 Kg. 1mL = 15 gotas = 200 mg; 1 gota = 13 mg
(2) Paracetamol gotas (200 mg/mL): 0-29 dias: 5-10mg/Kg de 6-8 horas; 30 dias a 3 meses: 10mg/Kg a cada 4-6 horas; 3 meses a 12 anos: 10-15mg/Kg a cada 6-8 horas (máximo 1g/dose, 4g/dia = 275 gotas/dia)
(3) Amitriptilina: >6 anos. Dose: 10 mg/dia; Gabapentina: >3 anos. Dose: iniciar com 10-15mg/Kg/dia a cada 8-12h e aumentar gradativamente até melhora (máximo 40 mg/Kg/dia a cada 8-12h ou 600 mg/dose); Carbamazepina: iniciar com 10-20 mg/Kg/dia a cada 6h e aumentar gradativamente até melhora (máximo 35 mg/Kg/dia ou 1000mg/dia)

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Nas fases pós-aguda e crônica, a associação de um AINE ou corticosteroide será necessária em casos que persistirem com dor moderada a intensa (EVA ≥ 4), seguindo as orientações do fluxograma 7 (figura 17). Dores refratárias após curso de 2 a 4 semanas com corticosteroide devem ser avaliados em serviço de atenção especializada por reumatologista pediátrico, com ampliação da investigação diagnóstica e instituição de terapêutica adequada.[1]

Figura 17. Fluxograma 7: tratamento de dor em crianças nas fases pós-aguda e crônica da doença


7: fase pós-aguda e crônica crianças
Avaliar artralgia utilizando EVA para a idade
EVA 1 a 3: leve
EVA 4 a 6: moderada
EVA 7 a 10: intensa
Dipirona ou paracetamol 10-15mg/Kg/dose, oral (1)(2)
Ibuprofeno - 30 a 40 mg/Kg/dia dividido em 3 a 4x/dia, oral (dose máxima 2.400 mg/dia) (3)
AINE, ácido acetilsalicílico e corticosteroides não devem ser prescritos na fase aguda
Reavaliar em 7d
Persiste com dor?
Sim
Não
Reavaliar em 7d
Persiste com dor?
Não
Sim
Suspender medicação
Prednisona ou prednisolona 0,5 mg/Kg/dia (máx. 40mg/dia) por 2-4 semanas, seguido de desmame (4)
Persiste com dor?
Não
Sim
Suspender medicação após desmame
Encaminhar para reumatologia
(1) Dipirona gotas (500mg/mL): Crianças >3 meses e >5 Kg. 1mL = 15 gotas = 200 mg; 1 gota = 13 mg
(2) Paracetamol gotas (200 mg/mL): 0-29 dias: 5-10mg/Kg de 6-8 horas; 30 dias a 3 meses: 10mg/Kg a cada 4-6 horas; 3 meses a 12 anos: 10-15mg/Kg a cada 6-8 horas (máximo 1g/dose, 4g/dia = 275 gotas/dia)
(3) Ibuprofeno (AINE): não usar na fase aguda da doença
(4) Corticosteroides: iniciar desmame reduzindo cerca de 20% da dose a cada 5 dias. Contraindicação para uso de corticoides: DM, HAS de difícil controle, glaucoma e osteoporose

Fonte: Adaptado de https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2016

Medicamentos recomendados pelo estado de São Paulo para uso no tratamento de chikungunya

Os medicamentos recomendados pelo estado de São Paulo para uso no tratamento de chikungunya serão fornecidos por serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme disponibilidade, exceto pelo tramadol que, por não estar incorporado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), não tem previsão de ser dispensado.[46] Na figura 18 estão detalhadas apresentações, doses preconizadas e cuidados necessários para a prescrição de todos os medicamentos citados ao longo deste documento.

Figura 18. Lista de medicamentos recomendados pelo estado de São Paulo para uso no tratamento de chikungunya

Medicação	Apresentações	Posologia	Orientações
Paracetamol	Comp. 500 mg	2 comp. 500 mg a cada 6 horas (dose máxima 8 comp. ao dia)	Não ultrapassar 4g/dia Hepatoxicidade em doses elevadas, com risco adicional se hepatopatias crônicas Interações medicamentosas.
Paracetamol	Solução oral (gotas) 200 mg/mL (1 mL=15 gotas=200 mg;1 gota=13 mg)	Idade entre 0-29 dias: 5-10 mg/Kg de 6-8 horas 30 dias a 3 meses: 10 mg/Kg a cada 6-8 horas 3 meses a 12 anos: 10-15 mg/Kg a cada 6-8 horas	Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia = 275 gotas/dia
Dipirona	Comp. 500 mg	Adultos e > 15 anos: 2 comp. 500 mg a cada 6 horas	Monitoramento da função renal e hepática principalmente em idosos.
Dipirona	Solução oral (gotas) 500 mg/mL (1 mL=20 gotas=500 mg; 1gota=25 mg)	10-15 mg/Kg por dose a cada 6 horas	Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 Kg não devem ser tratadas com dipirona.
Dipirona	Solução injetável 500 mg/mL	Crianças: 10-15 mg/Kg por dose a cada 6 horas Adultos: 15-25 mg/Kg por dose a cada 6 horas	Crianças menores de 1 ano de idade ou pesando menos que 9 Kg não devem ser tratadas com dipirona intravenosa Adultos: dose máxima diária de 10 mL
Tramadol **Equivalente terapêutico da codeína**	Comp. 50 mg (não faz parte da RENAME, não tendo, portanto, previsão de disponibilização)	Adultos e > 14 anos: 1 comp. 50 mg a cada 4-6 horas (dose máxima 400 mg/dia)	Contraindicado até os 14 anos de idade e durante aleitamento Risco de depressão respiratória principalmente em idosos (sonolência e letargia são sinais de alerta).
Tramadol	Solução injetável 50mg/mL	Adultos e > 14 anos: 50-100 mg a cada 4-6 horas (dose máxima 400 mg/dia)	Contraindicado durante aleitamento. Pode ser necessário associar um anti-emético. Hipotensão relacionada a velocidade de infusão - administrar lento principalmente em idosos.
Codeína	Comp. 30 mg	1 comp. 30 mg a cada 6 horas	Contraindicado até os 12 anos de idade e durante aleitamento. Risco de depressão respiratória principalmente em idosos (sonolência e letargia são sinais de alerta).
Amitriptilina	Comp. 25 mg	Crianças >6 anos: 10 mg/dia. Adultos: 25-50 mg/dia	Principais efeitos colaterais: sensação de boca seca, sonolência e ganho de peso. Não deve ser prescrita em pacientes com história de arritmia e em associação com inibidores da monoaminoxidases. Evitar uso em idosos.

Medicação	Apresentações	Posologia	Orientações
Gabapentina	Cápsula 300 mg e 400 mg	Crianças >3 anos: 10-15mg/Kg/dia a cada 8-12h (máximo 40 mg/Kg/dia ou 600 mg/dose) Adultos: 300 mg a cada 6-12 horas (dose máxima 1.200 mg/dia)	Contraindicado para crianças menores de 3 anos Risco de sedação e sonolência: iniciar sempre com dose baixa e aumento gradativo até dose terapêutica
Carbamazepina	Suspensão oral 20mg/mL	Crianças: 10-20 mg/Kg/dia a cada 6h (máximo 35 mg/Kg/dia ou 1.000mg/dia)	Aumento gradativo até atingir dose que seja terapêutica Alternativa para crianças pequenas com dor neuropática.
Ibuprofeno	Comp. 200 mg, 300 mg e 600 mg	Adultos: 600 mg a cada 8 horas (dose máxima 2.400 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas como, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática devem ser solicitados antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco.
Ibuprofeno	Suspensão oral 50 mg/mL	Crianças: 30 a 40 mg/kg/dia a cada 6-8 horas (dose máxima 2.400 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal.
Naproxeno	Comp. 250 mg e 500 mg	10 a 20 mg/Kg/dia a cada 12 horas (dose máxima 1.000 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas como, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática devem ser solicitados antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco.
Prednisona	Comp. 5 mg e 20 mg	Adultos: 0,5 mg/Kg/dia 1 x ao dia, pela manhã (dose máxima 40 mg)	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda. Não utilizar em pacientes portadores de DM, HAS de difícil controle, passado de fratura por osteoporose, transtorno de humor bipolar, IRC em diálise, Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.
Prednisolona	Solução oral 1 mg/mL e 3 mg/mL	Crianças: 0,5 mg/Kg/dia (dose máxima 40 mg/dia) por no máximo 3 semanas	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda.

Medicação	Apresentações	Posologia	Orientações
Hidroxicloroquina	Comp. 400 mg	Adultos: 5 mg/Kg/dia (não exceder 400 mg/dia)	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Contraindicado em pacientes com retinopatia. No caso de uso prolongado, a avaliação oftalmológica deverá ser oferecida dentro do primeiro ano do início da droga e deverá seguir o controle oftalmológico anual após 5 anos.
Metotrexato	Comp. 2,5 mg	Adultos: dose inicial de 10 mg/semana, podendo progredir até a dose de 25 mg/semana	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Os efeitos adversos mais frequentemente observados são anemia, neutropenia, náuseas e vômitos, mucosite e elevação de enzimas hepáticas. Ácido fólico deve estar sempre associado na dose de 5 mg semanal, no dia seguinte ao da tomada ao metotrexato. É necessário o ajuste da dose em pacientes com alterações de função renal. Contraindicado o uso: – Em vigência de infecções: tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção por herpes zoster ativa, hepatites B ou C agudas. – Gestação, amamentação e concepção. POTENCIAL TERATOGÊNICO. – Elevação de transaminases ≥ 3 vezes limite superior da normalidade. – Taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73 m² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Realizar controle laboratorial com hemograma, creatinina e transaminases inicial e depois trimestral.
Morfina	Solução injetável 10 mg/mL	Crianças: inicial: 0,05 mg/Kg, usual: 0,1 a 0,2 mg/Kg/dose, IM, IV ou SC, a cada 2 - 4 horas Adultos: usual: 2,5 a 15 mg IV, deve ser individualizado	Previsto para uso hospitalar em caso de dor refratária. Contraindicado em asma (grave ou exacerbação), insuficiência renal e hepática. Monitorar frequência respiratória, sintomas gastrointestinais, depressão do sistema nervoso central e pressão arterial. Antídoto: naloxona 0,4 mg/mL.

Fonte: adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Chikungunya: manejo clínico*. (2017)

4.5. Tratamento não farmacológico

As terapias não farmacológicas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para o controle da dor e podem ser aplicadas como estratégias únicas ou, mais comumente, combinadas de forma complementar aos tratamentos farmacológicos. Preferencialmente, devem ser orientadas por equipes multiprofissionais. Quando estiverem incluídas entre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), as terapias não farmacológicas podem ser acessadas em unidades de saúde que contam com sua implementação.[47]

Em termos físicos e gerais, de forma a aliviar a dor articular e prevenir a cronificação, em geral os pacientes precisam afastar-se de atividades habituais ou restringir-se a atividades menos vigorosas, evitando movimentação excessiva das articulações inflamadas. Não há, no entanto, indicação de imobilização rigorosa. A aplicação de compressas frias é útil em muitos casos. Desde que o paciente suporte, recursos fisioterápicos podem ser utilizados para controle da dor e redução do edema ainda na fase aguda. Durante as fases de recuperação da doença, se espera maior e mais expressiva utilidade da fisioterapia e da terapia ocupacional para analgesia, reabilitação articular e restabelecimento de força muscular, evitando a progressão ou instalação de deformidades. Parte dos recursos fisioterápicos, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é um procedimento no qual eletrodos emitem um sinal elétrico que estimula as células nervosas sob a pele na área da articulação afetada, bloqueando sinais dolorosos para o cérebro, com modificação da percepção da dor.

Como a dor tem fatores biológicos, psicológicos e emocionais, espera-se que possa estar associada a sentimentos como raiva, desesperança, tristeza e ansiedade. O suporte psicológico é importante em todas as fases da doença e tem potencial de alterar a forma como o cérebro processa as sensações dolorosas. Com a persistência dos sintomas, é necessário avaliar o impacto psicológico e social da doença. A terapia cognitivo-comportamental pode ajudar a desenvolver novas habilidades de enfrentamento a transtornos depressivos ou de ansiedade, muitas vezes presentes em consequência do longo período de adoecimento.

Embora não tenha sido estudada para o controle da dor em chikungunya, a acupuntura, acompanhada ou não de outras práticas da Medicina Tradicional Chinesa, tem sido útil para algumas condições dolorosas, assim como o tratamento osteopático. Tanto a acupuntura como o tratamento osteopático estão entre as PICS ofertadas pelo SUS.[47]

Yoga e Tai Chi Chuan são modalidades de práticas físicas que também estão entre as PICS disponíveis no SUS. Como exercícios físicos de intensidade leve a moderada são recomendados para manutenção das funções articulares e para redução dos sintomas de ansiedade, pode haver benefício com ambas as práticas, desde que com cautela para não exacerbar os sintomas inflamatórios.[47]

5. AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Definição de caso, notificação, critérios de confirmação e descarte, orientações para coleta e envio de amostras

Para fins de ações de vigilância epidemiológica, são definidos como suspeitos de chikungunya casos com febre maior que 38,5ºC e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicados por outras condições, e que residam ou tenham viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenham vínculo epidemiológico com um caso confirmado[1]. Todo o ESP é considerado infestado por *Aedes aegypti* e quase a totalidade de suas regiões de saúde teve documentada a circulação do CHIKV nos últimos anos (figura 1).[30]

A Portaria GM/MS nº 264 de 17 de fevereiro de 2020 estabelece chikungunya como doença de notificação compulsória semanal e os óbitos suspeitos como de notificação compulsória imediata. Portanto, todos os casos considerados suspeitos de acordo com a definição devem ser, obrigatoriamente, notificados pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados por meio